

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

619

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1901, à 1 heure

Par

ALEXANDRE ARSONNEAU

Né à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), le 7 juin 1871.

RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION

DES

FISTULES A L'ANUS

Président : M. LEDENTU, professeur.

*Juges : } MM. RICHELLOT, professeur.
THIROLOIS et FAURE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

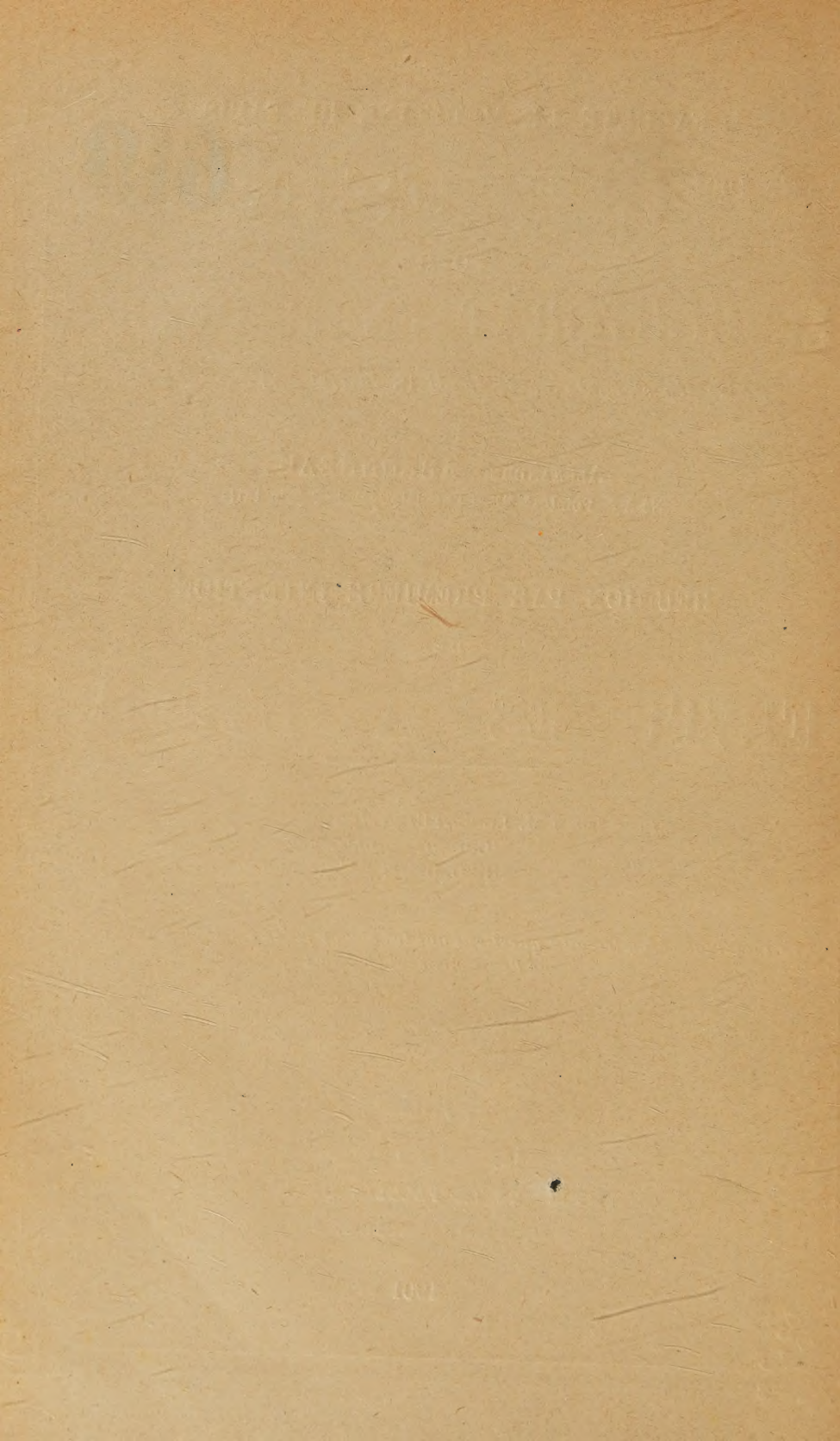
PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

619

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1901, à 1 heure

Par

ALEXANDRE ARSONNEAU

Né à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), le 7 juin 1871.

RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION

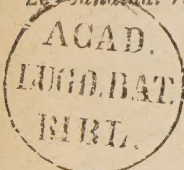
DES

FISTULES A L'ANUS

Président : M. LEDENTU, professeur.

*Juges : } MM. RICHELOT, professeur.
THIROLOIS et FAURE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Docteur		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHEL.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.	
Pathologie médicale		HUTINEL.	
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie		CORNIL.	
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie		BERGER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène		LANDOUZY	
Médecine légale		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée		N.....	
		CHANTEMESSE	
		JACCOUD.	
Clinique médicale		HAYEM.	
		DIEULAFOY	
		DEBOVE.	
		GRANCHER.	
Maladie des enfants		JOFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux		TERRIER.	
		DUPLAY.	
Clinique chirurgicale		LE DENTU.	
		TILLAUX.	
Clinique ophthalmologique		PANAS.	
Clinique des maladies des voies urinales		GUYON.	
Clinique d'accouchements		BUDIN.	
Clinique gynécologique		PINARD.	
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.	
		KIRMISSON.	
Agréés en exercice.			
MM.	DESGREZ	LE DUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARBIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1879, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DÉDICACES

Montrer sa reconnaissance, c'est reconnaître mieux les obligations qu'on a contractées envers ses parents, ses maîtres, ses amis et c'est un bonheur pour moi de pour voir leur dédier ce travail, faible hommage de l'amour infini que j'ai pour eux et de mon profond respect.

Je dédie cette thèse à mon père, qui a mis sa grande intelligence, toutes les ressources de son esprit au service d'une seule cause ; l'avenir de ses enfants. Sa vie, toute de sacrifices, n'a eu qu'un but, faire de nous des hommes de travail, des hommes d'honneur. Je l'en remercie vivement et tâcherai de le suivre dans la voie qu'il nous a tracée.

Je la dédie à ma mère dont le dévouement pour nous a été sans bornes et qui, par son esprit d'ordre, d'économie a été la digne collaboratrice de mon père et à puisé dans son abnégation, dans son amour maternel les forces nécessaires pour supporter la tâche qu'elle s'était imposée.

Je la dédie à ma chère femme, à mes enfants qui ont été mon réconfort aux moments de défaillances, à mon frère Pierre Arsonneau, commissaire des colonies, à mon beau-frère, M. Jules Vichier qui m'ont toujours aidé de tout leur pouvoir, de toutes leurs forces.

A MON BEAU-PÈRE MONSIEUR WYBRECHT

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

Je remercie Monsieur Delbet qui a été pour moi plus qu'un maître et dont la bonté ne s'est jamais lassée, d'avoir bien voulu me confier ce travail dont il m'a donné tous les éléments.

DE LA MALADIE
DES FISTULES À L'ANUS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur

RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION DES FISTULES A L'ANUS

HISTORIQUE

De tout temps la cure de la fistule à l'anüs a fait naître nombre de procédés. L'incision, d'abord préconisée, dut être abandonnée car elle était fatalement suivie d'érysipèle, de phlébite et de la plus terrible complications, l'infection purulente. Pour éviter cette redoutable éventualité on chercha d'autres moyens ; ce furent la ligature élastique, l'écraseur linéaire, l'écraseur de Chassaignac, le thermo-cautère. On fit des essais d'injection médicamenteuse dans le trajet : teinture d'iode, acide phénique sublimé, chlorure de zinc eau oxygénée.

Chassaignac le premier en 1852 tenta l'incision et la suture, mais le résultat ne dut pas être favorable car il donna la préférence à l'écraseur. L'avènement de l'antiseptie, éloignant toute crainte de complications, devait

ramener à la méthode la plus simple, la plus rationnelle, à l'incision par le bistouri. En effet trente-deux ans plus tard, en 1884, le professeur Tripier, de Lyon, chercha la cure rapide de la fistule et exposa son procédé dans la thèse de son élève Francou (Francou, *De la fistule anale*, Lyon 1884).

En 1886 parut un important travail de Stephen Smith (*Médical Record de New-York*, juin 1886) qui remit la question en honneur et M. Quénu en fit le sujet d'une communication à la Société de Chirurgie (*Quénu-Bulletin de la Société de Chirurgie* 1887, page 533). A la même époque Emmet, Weir, Lange, Chamberlain, Jenks, partageant les idées de Shmith, les mirent en pratique et eurent de brillants succès Vincenzo Morini, à Rome, publia dans la *Sperimentale* deux cas et Rydowski, de Moscou, (*Medicisma Obozrnie*), un cas avec succès.

En 1884, le professeur Tripier, de Lyon, faisait l'incision et même l'excision, mais pour éviter l'infection il avait imaginé de mettre dans le rectum un gros tube en caoutchouc entouré de gaze antiseptique venant déboucher hors de l'anus. Avec Stphen Smith la suture est mise largement en pratique mais elle n'est pas complète car il emploie la suture en sujet n'affrontant que la partie superficielle des lèvres de la plaie formant gouttière, ce qui détermine un espace mort en dessous ou il faut placer un drain.

Les premiers cas de réunion primitive sont cités par M. Quénu dans sa communication à la Société de chirurgie (Quénu. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1887), et reproduits dans la thèse de Longo, (*Pecherches sur la cure rapide de la fistule anale*. Longo, thèse de Paris,

1887), qui donna en même temps la technique employée par MM. Bazy, Nélaton, Tuffier, Terrier et Brun. Cette communication donna lieu à une importante discussion à laquelle prirent part MM. Segond, Berger, Pozzi, Terillon et de laquelle il semble résulter qu'on ne doit tenter la réunion par première intention qu'aux seules conditions suivantes : la fistule est simple, la fistule ne remonte pas haut. En 1888, M. Schwartz fit un rapide aperçu de la question (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*).

La même année, M. Verchère, dans la *France Médicale* (*France Médicale*, 15 septembre 1888) reprennent l'histoire de la cure rapide de la fistule à l'anus publia un cas avec succès et M. Cauchois, professeur à l'école de Rouen, en fit l'objet d'une communication à la Société de Médecine de Rouen. En 1890 fut soutenue la thèse de Surel, inspirée et conseillée par M. Bazy. (Surel. *Contribution à l'étude de la réunion immédiate dans le traitement de la fistule à l'anus*. Paris, 1890). MM. Quénu et Hartmann, dans le *Traité de chirurgie*, préconisant l'excision et la suture pour les fistules non tuberculeuses mais font des réserves pour les fistules tuberculeuses, les fistules complexes et les fistules en fer à cheval.

Depuis 1891, M. Pierre Delbet reprenant la suture immédiate en fit sa pratique journalière et tenta systématiquement la réunion par première intention pour toutes les fistules : abstraction faite, bien entendu, des cas où le rectum est isolé en battant de cloche par suite de vastes décollements rendant tout rapprochement des parois impossible. Sous son inspiration parut la thèse de Legras,

(Legras, thèse de Paris, 1892. *Du traitement des fistules à l'anus par l'incision et la suture*). En 1893, Thevenard publia un mémoire (dans les archives générales de médecine) dans lequel, faisant du reste largement emprunt à la thèse de Legras, il donna les modifications et les perfectionnements apportés par M. Delbet à la technique opératoire de Smith.

En novembre 1899, M. Damas exposant les idées de l'école de Lyon recommande l'incision et l'excision mais n'admet pas la suture sans drainage (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie*, novembre 1899). En juillet de la même année, Roux se fait le partisan de la réunion immédiate de la fistule à l'anus, principalement pour la variété intra-sphinctérienne. (Roux, thèse de Paris, juillet 1899). En 1901, Barge, dans sa thèse accepte la réunion par première intention mais, pour lui, quelle que soit la hauteur de la fistule, on peut, on doit conserver le sphincter et ne pas inciser le rectum. Si la fistule est complète et très élevée le drainage s'impose (Barge, de Paris, 1901).

NATURE DE LA FISTULE

Généralement, sinon toujours, à l'origine de toute fistule se trouve un abcès. Classiquement cependant, il est convenu de dire que la fistule à l'anus succède aux phlegmons de la région et c'est certainement le cas le plus rare. Interrogez les malades porteurs de fistules, demandez leur depuis quand et à quel moment remonte leurs fistules ou du moins la cause qui leur a donné naissance. Vous les mettrez dans un cruel imbaras et ils seront incapables de vous répondre. Ils vous diront, en effet, qu'il leur est impossible de rien préciser car jamais, en aucun moment ils ont souffert. Ils ont eu à peine une légère gêne. Les douleurs, et encore s'il y en a eu, ont été si faibles que c'est à peine si elles ont attiré leur attention. Ils ont régulièrement vaqué à leurs occupations et n'ont jamais interrompu leur travail journalier. En se grattant, par suite d'un prurit désagréable, les uns ont senti une petite grosseur et quelques temps après ont remarqué des taches de pus sur leur chemise, les autres ont tout simplement vu du pus dans leur garde-robes. Ce qui n'est pas le cas pour un phlegmon qui s'établit avec fracas et interdit tout travail. Les malades se souviennent longtemps du frisson initial et des douleurs atroces qu'ils ont endurées.

Sur les soixante cas de fistules que nous présentons, deux seulement (observations 1 et 12) ont eu comme point de départ un phlegmon de la région.

On devrait donc dire que les fistules succédant aux phlegmons de la région sont rares.

Une fistule est un ulcère canaliculé (Quénu et Hartmann Chirurgie du rectum). La fistule éveille donc l'idée d'une affection dont l'évolution est très lente et qui se crée au moment précis où la réparation des tissus s'arrête. Le trajet fistuleux se comporte à l'anus comme tout trajet fistuleux situé tout autre part.

La fistule n'est que le résultat du ramollissement, de la dissociation, et de liquéfaction des masses tuberculeuses. L'envahissement tuberculeux se fait de proche en proche : les tissus les plus anciennement pris sont en voie de ramollissement et ceux nouvellement attaqués à la période d'induration. Les dépôts caséux occasionnent l'irritation des tissus environnants d'où prolifération de ces mêmes tissus et formation d'une membrane fibreuse qui est une membrane de protection, de défense. Cette membrane ne tarde pas elle-même à être envahie par les dépôts tuberculeux qui se ramollissent et amènent la production d'une nouvelle membrane d'où formation du trajet fistuleux et de ces diverticules, parfois immenses, qu'on est tout étonné de trouver à côté des fistulettes qu'on aurait pu croire tout à fait insignifiantes.

Pour expliquer les fistules on a incriminé les callosités. N'était-ce pas prendre l'effet pour la cause ? Il est en effet, de toute évidence que l'induration conséquence des dépôts de fongosités sur la paroi du trajet ne peut se

faire que si le trajet est constitué. On a encore invoqué le vide créé par la suppuration dans la fosse ischio-rectale, la difficulté pour les parois de se rapprocher, le défaut de fixité du rectum, les mouvements du rectum pendant le passage du gaz et des matières intestinales. Ces différentes raisons sont parfaitement plausibles pour les fistules du creux ischio-rectal mais n'ont aucune valeur pour les fistules sous-cutanées muqueuses qui sont cependant infiniment plus nombreuses. Ces fistules sous-cutanées muqueuses se trouvent dans les mêmes conditions que les fistules du cou, consécutives à des abcès froids ou les fistules scrotales succédant à la tuberculose testiculaire.

MM. Quénu et Hartmann, dans le *Traité de chirurgie du rectum*, ont donné une autre explication. Pour eux le trajet fistuleux est dû « à la direction coudée, aux irrégularités du calibre du trajet, à ses décollements » et à ce que « toute plaie canaliculée infectée est plus lente à guérir qu'une plaie d'équivalente surface mais plate ». N'est-ce pas, tout simplement, la nature tuberculeuse du trajet qui empêche la guérison et les dépôts de fongosités qui créent la direction coudée, les irrégularités de calibre de la fistule et les décollements ?

Un grand nombre de fistules sont consécutives à des abcès qui paraissent aigus. Mais en cherchant bien on s'aperçoit que l'abcès a débuté par une petite tuméfaction indolore datant déjà de longtemps et qui s'est tout d'un coup enflammée. Il s'est fait là une association microbienne, une infection secondaire, surajoutée à l'infection primitive tuberculeuse, qui a déterminé une poussée

inflammatoire dans un abcès froid dont l'évolution a été de tout point semblable à l'évolution d'un abcès aigu.

Ainsi donc la presque totalité des fistules à l'anus succède à des abcès froids ou qui paraissent aigus et sont manifestement d'origine tuberculeuse.

Pour MM. Quénu et Hartmann la proportion des fistules tuberculeuses serait de 50 0/0. Mais, si aux fistules qui ne sont qu'un épisode d'une tuberculose avérée on ajoute les fistules qui évoluent à titre de tuberculose locale chez des gens qui se portent bien, on voit que la proportion est bien plus forte et doit être portée à 80 et même 90 0/0.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique opératoire comprend trois parties absolument distinctes, la préparation, l'opération, les soins consécutifs. La moindre faute commise dans l'une de ces parties expose à un échec de la réunion.

1° *Préparation.* — Pendant les huit jours (pour les grandes fistules qui remontent très haut) et les trois jours (pour les petites fistules à court trajet), qui précèdent l'opération le malade est mis au régime lacté !

Il doit prendre tous les deux jours, le matin, un purgatif au sulfate de soude et le soir un grand lavement boriqué. Entre les jours, de purge, lavements boriqués matin et soir.

En même temps, pour faire l'antisepsie intestinale il absorbe tous les jours 5 grammes de benzo-naptol par prise de 1 gramme en cachets.

Le dernier purgatif est donné l'avant-veille de l'opération.

La veille de l'opération on donne deux grands lavements boriqués, un le matin et un le soir. Pour diminuer les sécrétions intestinales on commence à donner de l'opium : quatre à dix pilules d'extrait d'opium de un centigramme chaque.

La veille encore on fait la toilette de la région. Les poils

sont rasés on fait un savonnage sérieux et un bon lavage au sublimé au millième puis on recouvre la région d'un large pansement humide au sublimé protégé par du taffetas gommé tenu en place par un bandage en T qu'on ne devra toucher qu'au moment de l'opération.

	Matin	Soir			
1 ^{er} jour	purge	lavement	Benzo naphтол		
2 ^e »	lavement	»	»		
3 ^e »	purge	»	»		
4 ^e »	lavement	»	»		
5 ^e »	purge	»	»		
6 ^e »	lavement	»	»		
7 ^e »	purge	»	»		
8 ^e »	lavement	»	»	Toilette de la région	opium
9 ^e »	lavement	opération			opium

Pour certains chirurgiens la préparation est moins longue. Ils s'en tiennent à un purgatif donné les deux derniers jours. C'est une mauvaise pratique car le purgatif amène une sécrétion intestinale abondante qui peut occasionner une débâcle, au moment même, ou pendant l'opération.

2^o *Opération.* — La préparation étant bien faite, ce qui est absolument indispensable pour la réussite, on dispose à portée de l'opérateur les instruments qui lui sont nécessaires : un spéculum vaste de Trélat, des valves de Sims larges, une sonde cannelée un peu forte, un stylet, de bons bistouris coupant bien, une pince à dissection, une pince à griffes, des pinces hémostatiques dont plusieurs un peu longues, des écarteurs à griffes, des ciseaux droits et courbes, du fil d'argent fort, du fil d'argent fin,

du catgut n° 2, des petites aiguilles courbes avec un porte-aiguille.

On peut se servir d'aiguilles de Hagedorn, mais il est bien préférable d'employer des aiguilles à pédale, construites sur l'indication de M. Delbet, longues de vingt centimètres, coudées à angle droit dans un plan perpendiculaire au manche et permettant de faire des sutures en un point élevé de la muqueuse rectale. La courbure de ces aiguilles a été calculée de telle sorte, qu'elles puissent évoluer entre les deux valves. Ces aiguilles peuvent être remplacées par une bonne aiguille de Reverdin un peu forte à grande courbure. Derrière l'opérateur et à la portée d'un de ses aides se trouve un irrigateur muni d'une longue canule en verre.

Tout ce qui est nécessaire pour pansement sera préparé à l'avance. Il est bien entendu que l'opération doit être faite dans les règles ordinaires de l'asepsie et que les mains de l'opérateur, des aides, les instruments seront désinfectés.

Le malade est chloroformé dans le décubitus dorsal et l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution complète. Puis on le place dans la position dite obstétricale ; les fesses dépassant légèrement l'extrémité de la table d'opération les cuisses en adduction et flexion sur le bassin.

L'opérateur se place entre les jambes du malade, l'aide qui doit l'assister directement se place à sa gauche.

Le pansement humide est enlevé et la région lavée une dernière fois. Avec le spéculum de Trélat on commence à faire de la dilatation.

On exerce alors des pressions sur le ventre, de haut en

bas pour aider à l'évacuation des sécrétions intestinales et des matières fécales, au cas où il y en aurait encore dans l'intestin. Puis on fait un grand lavage, une très large irrigation du rectum à l'eau oxygénée.

De tous les liquides antiseptiques qui ont été essayées, sublimé, acide phénique, permanganate de potasse, etc., c'est l'eau oxygénée qui a présenté les plus grands avantages et donné les meilleurs résultats. L'eau oxygénée en effet, arrête, prévient la décomposition des particules organiques qui ont pu rester attachées à la paroi rectale, et auraient été une cause d'infection. Elle réveille de plus la vitalité des lésions qui, par suite du processus inflammatoire développé par l'action oxydante énergique de l'oxygène réagissent mieux contre l'envahissement spécifique et cicatrisent rapidement.

A ce moment, M. Quénu recommande de mettre dans le rectum un fort tampon d'ouate pour garantir le champ opératoire au cas de débâcle pendant le cours de l'opération. Cette pratique est parfaitement inutile et même mauvaise car les points de suture seraient souillés et infectés par le passage du tampon.

Si on a bien suivi la pratique donnée plus haut (préparation), c'est-à-dire que si le malade n'a pas été purgé la veille et s'il a pris suffisamment d'opium il n'y a pas lieu de rien craindre. Du reste si une débâcle, possible par action réflexe, venait à se produire il n'y a qu'à en attendre tranquillement la fin et laver de nouveau soigneusement à l'eau oxygénée, le rectum avant de commencer l'opération.

L'opération comprend trois temps qui sont : incision excision, suture.

1° Incision. Après la dilatation de l'anüs au moyen du spéculum de Trélat on introduit la soude cannelée dans le trajet fistuleux et on pousse jusque dans le rectum si la fistule est borgne externe on perfore la muqueuse. Quant le trajet fistuleux ne remonte pas haut, avec la pulpe du doigt qui avait été introduit dans le rectum pour servir de guide on saisit le bec de la soude et on la ramène en dehors. Si la fistule est haute on laisse la soude en place sans la renverser en dehors. Il n'y a plus qu'à couper au bistouri tous les tissus chargés. La région cicatricielle cutanée doit être soigneusement enlevée.

L'incision donne fort peu de sang. Si une artère venait à s'ouvrir ou la pince et l'hémostase sera assurée plus tard par la suture.

2° L'excision. Le champ opératoire étant largement ouvert, bien exposé, bien épongé on fend tous les diverticules aussi loin qu'il peuvent aller, puis on enlève complètement la paroi du trajet fistuleux.

Pour cela sur les lèvres de l'incision on met de petits écarteurs à griffes, puis avec une pince à griffes, on saisit la paroi et on commence à disséquer au bistouri tous les tissus indurés, on doit dépasser les tissus malades, et couper en plein tissu sain. On tâche d'avoir le trajet fistuleux en entier car du même coup on enlève et les fongosités et la membrane fibreuse qui les porte. Cette membrane fibreuse étant une membrane de protection de défense tout ce qui est infecté est donc parti et les parois devenus plus souples se coaptent mieux. Enlever en en-

tier la membrane fibreuse présente un double avantage. L'inspection de la plaie devient très facile et on voit mieux les diverticules. Les parties coaptant bien la réunion peut se faire car tant qu'il y a des callosités il n'y a pas possibilité de suture.

Il est donc de toute nécessité de disséquer très attentivement et d'enlever toutes les callosités car bien des diverticules souvent très considérables dont l'orifice est excessivement étroit passeraient parfaitement inaperçus et conduiraient fatalement à un échec de la réunion.

Cette dissection peut conduire jusque dans la fosse ischio-rectale mais ce n'est d'aucune importance. L'opération étant proprement faite et le bistouri ayant coupé dans du tissu sain nous nous trouvons en présence d'une plaie aseptique placée dans les conditions d'une plaie ordinaire, qui doit réunir par première intention.

Il peut arriver qu'en disséquant une fistule dont le trajet remonte très haut on coupe l'hémorroïdale supérieure ou une de ses branches. On saisit l'artère entre les mors d'une pince hémostatique qu'on laisse en place et on ne l'enlève qu'après la suture qu'assure l'hémostase.

3° La suture. C'est une des parties les plus importantes de l'opération qui demande à être faite avec le plus grand soin car de la manière dont on la fait dépend le succès de la rapidité de la réunion.

Que la plaie opératoire soit simple à trajet unique ou qu'elle en soit escalier, irrégulièrement anfractueuse, il faut absolument que la coaptation soit parfaite, qu'il n'y ait plus trace de callosités et qu'il ne reste aucun espace

mort derrière les sutures où viendraient s'accumuler du sang et de la sérosité.

Quand la plaie est très irrégulière très anfractueuse et qu'il est impossible de placer de grands fils profonds on fait la suture en étage qui répond au but proposé. On doit faire la suture en étage avec du catgut n° 2 en commençant par les sutures profondes a point séparés et rapprochés. Mais c'est presque une rareté et dans la grande majorité des cas c'est la suture profonde en un seul plan qu'il faut employer, on se sert de fils d'argent un peu gros.

L'aiguille doit contourner profondément la plaie sans la ravenser et sans qu'à aucun moment ou puisse l'apercevoir. Elle doit ressortir en un point diamétralement opposé à son point d'entrée. En serrant les fils ou amène les parois en contact. Ils doivent être serrés énergiquement car il n'y a aucun danger de sphacèle.

Dans certains cas où la plaie est très irrégulière, où il a fallu réséquer des callosités dans la région sphinctérienne et où on pourrait craindre que les deux bouts du sphincter divisé soient mal juxtaposés par la suture profonde. Monsieur Delbet assure leur affrontement par un ou deux points de catgut.

Enfin pour faire affronter l'incision cutanée on met quelques petits points superficiels au fil d'argent fin.

Le pansement est simple. Il faut éviter d'introduire dans le rectum ni mèche de gaze ni tampon ou autres corps étrangers qui déterminent des épreintes intolérables, provoquent des contractions du sphincter et compromettent la réunion.

La région est tout simplement recouverte de gaze

iodoformée ou stérilisée. Sur la gaze est étalée une couche d'ouate et un bon bandage en T maintient le tout en place.

Soins consécutifs. — Après l'opération le malade est légèrement alimenté. Il doit prendre de douze à dix-huit centigrammes d'opium par pilules de un centigramme pour maintenir la constipation et la sécheresse de l'intestin.

Au bout de 7 jours pour les petites fistules, de 9 à 10 jours pour les fistules à grand délabrement on enlève les fils. Le même jour le traitement opiacé est suspendu.

Quand le malade ne souffre pas de la constipation on attend deux à trois jours avant de provoquer les premières garde-robes pour ne pas contaminer la peau que les fils profonds coupent toujours un peu.

Si le malade souffre de la constipation on le fait aller à la selle le lendemain de l'ablation des fils.

Un petit artifice thérapeutique employé par M. Delbet permet d'avoir à la première garde-robe des matières suffisamment ramollies pour qu'elles ne soient pas offensantes pour la ligne de suture.

Le malade prend deux grammes de rhubarbe et deux heures après un purgatif salin.

Quelquefois il se produit de la rétention d'urine qui cède facilement à un ou deux cathétérismes.

S'il y avait quelques complications ou de la suppuration on fait vivement sauter les fils et on panse la plaie à plat qui dans ce cas réunit par seconde intention sans aucun danger comme dans les autres méthodes opératoires en 10 ou 50 jours.

COMPARAISON STATISTIQUE

Nous laisserons de côté les différents procédés pour ne nous occuper que de l'incision du thermocautère, de l'incision au bistouri suivie de la destruction du trajet au thermocautère, ou de cautérisation au chlorure de zinc.

Occupons-nous d'abord de l'incision au thermocautère. Le thermocautère est un très mauvais instrument de section. Il est vrai qu'avec lui l'opération est plus simple qu'avec le bistouri, mais il agit beaucoup trop lentement et exige une certaine habitude et une assez grande sûreté de main. Il a la réputation de mettre les malades à l'abri des hémorrhagies et des complications graves ; érysipèle, infection purulente, mais ces accidents ne se montrent pas quand on prend toutes les précautions nécessaires et qu'on fait un pansement antiseptique convenable.

L'incision, qui est une excellente méthode, devient plus que médiocre quand elle est suivie de la destruction du on des trajets au thermocautère. On a, en effet, pendant longtemps, considéré le thermocautère comme ayant des avantages hémostatiques extraordinaires c'était pure illusion, car la plaie déterminée par le passage du couteau de platine porté au rouge se recouvre d'une eschare qui peut en tombant déterminer une hémorrhagie secondaire

grave. C'est de plus un mauvais procédé car l'eschare masque complètement les tissus, bouche les petits orifices qui viennent s'ouvrir dans le trajet principal et dissimule ainsi les diverticules qui échappent à l'examen. Ce qui est cause de récidence, car sitôt l'escharre tombée, le suintement des diverticules se fera jour dans le trajet principal qu'il infectera à nouveau et la fistule sera reconstituée. Il en est de même pour les cautérisations au chlorure de zinc.

Cette méthode est, du reste, à peu près abandonnée et il ne reste en réalité que deux traitements en présence : l'incision suivie de curettage et l'excision suivie de la réunion immédiate.

L'incision, suivie de curettage, qui est en elle-même une très bonne méthode et guérit parfaitement les malades a deux gros inconvénients : 1^o la lenteur de la guérison ; 2^o elle expose à l'incontinence.

Lenteur de la guérison. Il faut en effet des semaines et parfois des mois pour obtenir la cicatrisation complète. La réunion n'est obtenue dans les fistules les plus simples qu'au bout de quarante à cinquante jours. La durée de la cicatrisation complète peut s'étendre jusqu'à trois et même six mois. « La durée de la cicatrisation dans les moindres fistulettes n'est jamais inférieure à cinq ou six semaines (Quénu et Hartmann, *chirurgie du rectum*) ». C'est un inconvénient sérieux car il y a une plaie qu'il faut panser avec le plus grand soin sous peine de récidence.

Le second inconvénient, l'incontinence des matières est bien plus grave. Pour les petites fistules sous-cutanéomuqueuses le danger n'est pas bien grand mais quand on a

affaire à des fistules remontant très haut tout change de face parce que le sphincter et le rectum sont coupés sur une grande hauteur. La plaie étant remplie de gaze iodoformée ses lèvres ne peuvent pas être en contact et le sphincter reste béant. Le malade est donc exposé à une incontinence qui même partielle est une terrible infirmité et il vaut mieux, comme le dit le professeur Tillaux, garder indéfiniment une fistule qui suppure que de s'exposer à une incontinence des matières.

Un autre procédé opératoire consiste à faire, l'incision, l'excision du trajet et la suture mais ne recherche pas la réunion immédiate. On suture les bords de la plaie et il reste au fond un espace mort où l'on place un drain. Suturer en drainant ou exciser sans suture revient parfaitement au même. Dans un cas la fistule est largement ouverte, dans l'autre elle est fermée, c'est vrai, mais superficiellement et remplacée par une autre fistule opératoire, le drain. Le résultat reste exactement le même. La guérison ne se fait pas plus vite et le malade est exposé aux mêmes menaces d'incontinence et de récurrence.

L'excision suivie de suture et de réunion immédiate supprime tous ces inconvénients et la guérison se fait très rapidement.

On a fait plusieurs objections à la réunion immédiate. On a dit qu'elle échouait dans le plus grand nombre des cas qu'elle exposait à des accidents inflammatoires par rétention qui pouvaient être graves. Aucune de ces objections n'est fondée comme le démontrent amplement les soixante observations suivantes de cure de la fistule par l'excision et la suture suivie de réunion par première

intention faite par M. Pierre Delbet depuis le mois de janvier 1892 jusqu'au mois de mai 1901.

OBSERVATION 1

Charité. Salle Gosselin. P. V..., domestique âgée de 20 entre le 29 décembre 1891.

Diagnostic. Fistule anale extra-sphinctérienne (remontant à 12 centimètres) consécutive à phlegmon de la fosse ischio-rectale.

Opérée le 14 janvier 1892. Incision, grattage, suture au catgut. Réunion de toute la partie rectale : la partie fessière est incomplètement réunie. Il reste une petite plaie qui se ferme après quelques cautérisations au nitrate d'argent.

La malade sort complètement guérie le 15 février 1892.

OBSERVATION 2

Charité. — Salle Velpeau. C. P... âgé de 44 ans entre le 5 janvier 1892.

Diagnostic. Fistule anale sous-muqueuse intra-sphinctérienne.

Opéré le 8 janvier 1892. Incision, grattage, suture. Echec de la réunion. Légère suppuration. Apparition d'une hémorroïde.

Phlébite. Réunion par seconde intention sans autre intervention. Sort complètement guéri le 19 avril.

OBSERVATION 3

Charité. Salle Velpeau. N. A... âgé de 33 ans, entre le 12 janvier 1892.

Diagnostic. Fistule anale intra-sphinctérienne-tuberculeuse.

Opéré le 14 janvier 1892. Résection du trajet, suture.

Réunion par première intention. Sort complètement guéri le 30 janvier 1892.

OBSERVATION 4

Charité. Salle Gosselin. L. J. âgée de 33 ans., entre le 23 février 1892.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne.

Opérée le 24 février 1892. Incision du trajet. Suture.

Réunion par première intention. Sort complètement guérie le 3 mars 1892.

OBSERVATION 5

Charité. Salle Trélat. V. E., âgé de 25 ans, entre le 25 février 1892.

Diagnostic : Fistule anale extra-sphinctérienne consécutive à abcès tuberculeux.

(Une première intervention a lieu le 39 février. Incision et grattage sans ouverture de l'anus de l'abcès tuberculeux, la fistule s'établit).

Opéré le 25 juillet 1892. Incision des trajets-sutures (insuffisante à droite). Réunion par première intention à gauche, le côté droit lui-même est réuni. Sort complètement guéri, le 28 août 1892.

OBSERVATION 6

Charité. Salle Velpeau. C. J. âgé de 23 ans, entre le 10 mars 1892.

Diagnostic : Fistule anale tuberculeuse.

Opéré le 16 mars 1892. Résection des trajets et foyers. Suture totale. Réunion par première intention. Sort complètement guéri 30 mars 1892.

OBSERVATION 7.

Charité. Salle Trélat. L. L., âgé de 31 ans, entre le 22 mars 1892.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne.

Opéré le 20 mars 1892. Excision et suture.

Réunion par première intention. Sort complètement guéri le 4 avril.

OBSERVATION 8.

Charité. Salle Trélat. C. A., 42 ans, entre le 14 avril 1892.

Diagnostic : Ulcération tuberculeuse de l'anus.

Opéré le 20 avril 1892. Excision et suture.

Réunion par première intention. Sort complètement guéri le 29 avril.

OBSERVATION 9.

Charité. Salle Trélat. S. P., âgé de 20 ans, entre le 21 avril 1892.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne (probablement tuberculeuse ?)

Opéré le 4 mai 1892. Excision et suture.

12 mai. — Ablation des fils. Réunion par première intention, les fils ont un peu coupé.

Sort le 16 mai 1892 complètement guéri.

OBSERVATION 10.

Charité. Salle Trélat. L. E., âgé de 32 ans, entre le 21 avril 1892.

Diagnostic : abcès et fistules tuberculeux de la marge de l'anüs foyers multiples.

Opéré le 29 avril 1892. Section du sphincter. Excision de trajets. Suture complète.

Réunion par première intention à peu près complète. Sort le 16 mai.

OBSERVATION 11.

Charité. Salle Velpeau. Y. A., âgé de 25 ans, entre le 23 avr 1892.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne (déjà opéré deux fois à Beaujon).

Opéré le 28 avril 1892. Excision du trajet. Suture complète.

Ablation des fils le 5 mai. La réunion est complète.

Sort complètement guéri le 10 mai 1892.

OBSERVATION 12.

Charité. Salle Velpeau. B. J., âgé de 22 ans, entre le 23 juillet 1892.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne, consécutive à phlegmon aigu.

Opéré le 31 août 1892. Incision, résection. Suture totale.

Réunion par première intention.

Sort guéri le 21 septembre 1892.

OBSERVATION 13

Monsieur L..., opération en ville.

Diagnostic : Fistule anale.

Opéré en mars 1893. Incision résection du trajet suture totale.
Réunion par première intention en 9 jours.

OBSERVATION 14

Charité. Salle Gosselin. MM. âgée de 24 ans entré le 18 juillet 1893.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne. Orifices multiples avec attération de la peau.

Opérée le 28 juillet 1893. Résection et suture complète. Réunion par première intention.

Sort guérie le 16 août 1893.

OBSERVATION 15

Charité. Salle Velpeau. H. E. âgé de 29 ans entre le 5 septembre 1893.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne deux orifices externes. Un orifice interne.

Opéré le 22 septembre 1893. Résection du trajet suture totale réunion par première intention. Sort guéri le 6 octobre 1893.

OBSERVATION 16

Laennec. Salle Malgaigne. G. L. âgé de 35 entre le 12 février, 1894.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne tuberculeuse.

Opéré le 19 février 1894. Résection du trajet. Suture. Réunion par première intention sort guéri le 2 mars 1894.

OBSERVATION 17.

Laennec. Salle Malgaigne. A. P. âgé de 27 ans entre le 15 février 1894.

Diagnostic: Fistule périnéale tuberculeuse sans communication avec le rectum.

Opéré le 27 février 1894. Excision totale du trajet. Suture. Réunion par première intention. Sort guéri le 21 mars 1894.

OBSERVATION 18.

Laennec. Salle Malgaigne. L. L. âgé de 29 ans entre le 14 avril 1894.

Diagnostic: Fistule anale extra-sphinctérienne.

Opéré le 22 août 1894. Excision du trajet. Suture au catgut. Réunion par première intention. Sort guéri le 5 septembre 1894.

OBSERVATION 19.

Laennec. Salle Malgaigne, B. E. âgé de 44 ans entre le 2 mai 1894.

Diagnostic: Fistule anale intra-sphinctérienne avec ulcération anale tuberculeuse.

Opéré le 2 juin 1894. Résection du trajet. Suture au catgut. Réunion par première intention. Résultat parfait. Sorti le 25 juin 1894.

OBSERVATION 20.

Laennec. Salle Malgaigne. C. L. âgé de 43 ans entre le 17 mai 1894.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne.

Opéré le 2 juin 1894. Excision et suture au catgut. Réunion par première intention parfaite. Sort guéri le 19 juin 1894.

OBSERVATION 21

Laennec. Salle Malgaigne. M. P..., âgé de 22 ans, entre le 8 septembre 1894.

Diagnostic : Fistule à l'anus borgne externe.

Opéré le 24 septembre 1894. Excision du trajet. Suture au catgut.

Réunion par première intention. Sort guéri le 8 octobre 1894.

OBSERVATION 22

Laennec. Salle Malgaigne. P. H..., âgé de 26 ans, entre le 10 septembre 1894.

Diagnostic : Deux fistules anales intra-sphinctériennes borgnes externes.

Opéré le 24 septembre 1894. Résection du trajet. Suture au catgut. Réunion par première intention. Sort guéri le 15 octobre 1894.

OBSERVATION 23

Laennec. Salle Malgaigne. B. E..., âgé de 32 ans, entre le 6 janvier 1895.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne tuberculeuse, tuberculose pulmonaire. Phtisie laryngée.

Opéré le 3 février 1895. Incision, extirpation du trajet suture.

Echec de la réunion qui se fait par seconde intention malade sort guéri le 30 mars 1895.

OBSERVATION 24

Laennec. Salle Malgaigne. D. J. B..., entre le 30 avril 1895, âgé de 52 ans.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne avec décollement considérable. Hémorroïde.

Opéré le 6 mai 1885. Ablation des hémorroïdes. Extirpation du trajet. Suture au catgut.

Echec de la réunion. Le malade indocile n'a pu être constipé. Réunion secondaire.

OBSERVATION 25

Laennec. Salle Malgaigne. F. F..., âgé de 42 ans, entre le 10 juin.

Diagnostic : Fistule anale.

Opéré le 20 juin 1895. Incision résection, du trajet. Réunion par première intention. Malade sort guéri le 13 juillet 1895.

OBSERVATION 26

Laennec. Salle Malgaigne. M. E..., âgé de 45 ans, entre le 4 juillet 1895.

Diagnostic : Fistule anale.

Opéré le 17 juillet. Incision, excision. Suture. Réunion par première intention le 1^{er} août 1895.

OBSERVATION 27

Laennec. Salle Chassaignac. G. L..., âgée de 26 ans, entre le 9 août 1895.

Diagnostic : Fistule anale.

Opérée le 19 août. Ablation du trajet suture. Réunion par première intention. Sort guérie le 3 septembre 1895.

OBSERVATION 28

Laennec. Salle Malgaigne. L. V..., âgé de 55 ans, entre le 12 août 1895.

Diagnostic : Fistule intra-sphinctérienne.

Opéré le 24 août 1895. Excision du trajet. Suture au catgut.

Réunion par première intention. Sort guéri le 14 septembre 1895.

OBSERVATION 29.

Laennec. Salle Malgaigne. D. O. de 30 ans entre le 23 septembre 1895.

Diagnostic : Fistule à l'anus intra-sphinctérienne.

Opéré le 1^{er} octobre 1895. Incision, excision suture. Réunion par première intention. Sort complètement guéri le 20 octobre 1895.

OBSERVATION 30

Laennec. Salle Malgaigne. B. R. âgé de 20 ans entre le 24 octobre 1895.

Diagnostic : Fistule anale intra-sphinctérienne.

Opéré le 5 novembre 1895. Incision, excision suture. 3 gros fils d'argent en suture profonde. Plusieurs superficiels. Suture au catgut sur l'anus. Réunion par première intention. Résultat parfait. Sort guéri le 30 novembre 1895.

OBSERVATION 31

Laennec. Salle Malgaigne. L. Louis graveur, âgé de 30 ans entre le 4 janvier 1896.

Diagnostic : Fistule tuberculeuse consécutive à un abcès de fosse ischio-rectale.

Opéré le 16 mars 1896. Incision, grattage des fongosités de la paroi. Cautérisation au thermo-cautère. Sutures profondes et superficielles. Il reste une fistulette qui nécessite une deuxième incision suivie de grattage sans réunion. La réunion se fait par seconde intention en 48 jours.

OBSERVATION 32

Laennec. Salle Malgaigne. T... Albert, garçon de restaurant, âgé de 27 ans entre le 30 janvier, avec un abcès de la fosse ischio-rectale qui est incisé le jour même de son entrée. Une fistule s'établit qui est opérée le 19 septembre 1896. Incision. Grattage. Suture. Réunion par première intention. Sort complètement guéri le 12 octobre 96.

OBSERVATION 33

Laennec. Salle Malgaigne. N... Alphonse, employé, âgé de 44 ans, entre le 1^{er} juin 1896.

Diagnostic : Fistules à l'anus, 3 fistules tuberculeuses. Tuberculose périnéale.

Opéré le 15 juin 1896. — Incision et excision des trois fistules. Suture au fil d'argent. Réunion par première intention parfaite. Sort complètement guéri le 29 juin 1896.

OBSERVATION 34

Laennec. Salle Malgaigne. G... Antoine, employé, âgé de 46 ans entre le 4 juin.

Diagnostic : Deux fistules anales à droite et à gauche.

Opéré le 15 juin. — A droite : incision, curettage : à gauche incision et excision. Suture. Réunion parfaite par première intention. Complètement guéri le 30 juin 1896.

OBSERVATION 35

Laennec. Salle Malgaigne. M... Pierre, cocher, âgé de 59 ans, entre le 24 août 1896.

Diagnostic : Fistule anale tuberculeuse.

Opéré le 9 septembre. — Incision, excision, cautérisation au thermo-cautère. Suture. La réunion se fait par seconde intention 19 jours après l'opération. Sort guéri le 21 octobre 1896.

OBSERVATION 36

Laennec. C... Charles, artiste, âgé de 31 ans, entre le 10 octobre 1896.

Diagnostic : Tuberculose périnéale.

Opéré le 3 novembre. — Incision, extirpation de l'ulcération et de la fistule. Suture. Echec de la réunion primitive la réunion

se fait par seconde intention 41 jours après l'opération. Sort guéri le 14 décembre 1896.

OBSERVATION 37

Laennec. D... Barthélemy, employé, âgé de 60 ans, entre le 4 novembre 1896.

Diagnostic : Fistule tuberculeuse, tuberculose périnéale, testiculaire et pulmonaire.

Opéré le 16 novembre 1896. — Incision, excision. Suture. Réunion par première intention parfaite. Sort guéri le 3 décembre 1896.

OBSERVATION 38.

Saint-Jean-de-Dieu. C..., âgé de 40 ans.

Diagnostic : Tuberculose périnéale, abcès de la fosse ischio-rectale, opéré le 10 novembre 1898. Incision, excision cautérisation au thermo-cautère, suture, échec de la réunion.

La fistule persiste et nécessite une seconde intervention le 27 janvier 1899, la réunion ne se fait encore pas par première intention, la guérison définitive se fait en six semaines.

OBSERVATION 39.

Hôtel-Dieu. Salle Saint-Landry. M., Louis âgé de 16 ans et demi, entre le 12 septembre 1898.

Diagnostic : Trois fistules tuberculeuses, deux à droite, une à gauche de l'anus.

Opéré le 14 septembre 1898, incision, excision suture. Le sphincter est sectionné deux fois. Réunion par première intention. Complètement guéri le 7 octobre. Sort le 14 octobre.

OBSERVATION 40.

Hôtel-Dieu. Salle Saint-Landry. C..., âgé de 69 ans, entre le 26 juillet 1898.

Diagnostic : Tuberculose périnéale, (marge de l'anus et extrémité inférieure du rectum).

Opéré le 4 août 1898. Incision et extirpation des parties ulcérées. Suture. Réunion par première intention. Sort complètement guéri le 28 août 1898.

OBSERVATION 41.

Hôtel-Dieu. Salle Saint-Landry. G..., âgé de 30 ans, entre le 6 septembre 1898,

Diagnostic : Abscess de la marge de l'anus, fistule tuberculeuse opéré le 10 septembre 1898. Incision, excision du trajet qui communique avec une collection du côté opposé. Incision de la deuxième collection, sutures. Réunion par première intention. Sort complètement guéri le 2, Réunion parfaite en 10 jours.

OBSERVATION 42.

Hôtel-Dieu. Salle Saint-Landry. P., Eugène, journalier, âgé de 31 ans, entre le 30 août 1899.

Diagnostic : Fistules anales tuberculeuses, Trajets multiples opéré le 13 septembre 1899. Incision, excision des trajets (on est obligé d'exciser une petite portion du sphincter envahi par la tuberculose. Sutures aux fils d'argent. Réunion par première intention. Sort complètement guéri le 24 septembre 1899, 23 jours.

OBSERVATION 43.

Mon-Dubois. M. Edgard âgé de 21 ans, entre le 20 octobre 1899.

Diagnostic : Abscess de la marge de l'anus. Fistule consécutive.

Opéré le 10 novembre 1899. Incision, excision, avivement, sutures profondes. Réunion par première intention. 8 jours. Guérison parfaite en 12 jours.

OBSERVATION 44

Mon Dubois. B. Milly, employé, âgé de 24 ans, entre le 6 novembre 1899.

Diagnostic : Fistule à l'anus.

Opéré le 10 novembre 1899. Incision, excision du trajet, sutures au catgut, réunion par première intention. Sort guéri le 22 novembre 1899.

OBSERVATION 45

Mon Dubois. M. Paul, âgé de 27 ans, entre porteur d'une fistule consécutive à un abcès incisé à Compiègne le 1^{er} septembre 1899.

Opéré une première fois par M. Walther : incision, cautérisation au thermo-cautère. Le trajet fistuleux persiste.

Opéré une deuxième fois par M. Delbet le 20 novembre 1899. Incision, excision du trajet, sutures. Ablation de fils le 20 novembre. Réunion par première intention. Guérison parfaite en 12 jours.

OBSERVATION 46

G..., porteur d'hémorroïde et d'une fistule à l'anüs est opéré à Neuilly en juillet 1900. Incision, excision, sutures. Réunion par première intention. Guérison parfaite en 12 jours.

OBSERVATION 47

Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame. C..., Marguerite, demoiselle de magasin, âgée de 21 ans, entre le 18 juin 1900.

Diagnostic : Fistule extra sphinctérienne.

Opérée le 25 juin 1900. Incision, résection du trajet, suture. Réunion par première intention. Sort complètement guérie le 13 juillet 1900.

OBSERVATION 48

Hôtel-Dieu, salle St-Landry G..., René, garçon de magasin, entre le 28 mai 1900.

Diagnostic : Fistule anale à plusieurs diverticules.

Opéré le 7 juillet 1900. Incision, résection des trajets, sutures. Réunion par première intention parfaite. Sort complètement guéri le 27 juillet 1900.

OBSERVATION 49

Hôtel-Dieu, salle St-Landry. V... Gustave, garçon livreur entre le 12 juillet 1900.

Diagnostic : Fistule sous-sphinctérienne.

Opéré le 24 juillet 1900. Incision, excision, suture. Réunion par première intention. A la première selle il se produit une légère

déchirure de la cicatrice qui guérit rapidement. Sort complètement guéri le 3 août 1900.

OBSERVATION 50

Hôtel-Dieu. Notre-Dame. B. Victorine, couturière, âgée de 27 ans entre le 1^{er} août 1900.

Diagnostic : Fistule extra-sphinctérienne à trajets et diverticules multiples.

Opérée le 11 août 1900. Incision, résection. La plaie opératoire est très large et très irrégulière à cause des nombreux diverticules. Une ulcération de la muqueuse est réséquée. Suture très difficile, catgut et fil d'argent.

Quand les fils d'argent sont enlevés, la partie cutanée suturée aux fils d'argent était réunie mais la partie muqueuse ne l'était pas bien. Accidents inflammatoires locaux, légère suppuration. Contre toute attente la malade a bien guéri. Sortie le 16 septembre 1900.

OBSERVATION 51

Hôtel-Dieu. Salle St-Landry. D..., bijoutier, âgé de 36 ans entre le 8 août 1900.

Diagnostic : Fistule superficielle sous-cutanéomuqueuse intrasphinctérienne borgne externe.

Opéré le 17 août 1900. Incision, résection du trajet, suture.

Incision par premier intention parfaite. Sort complètement guéri le 31 août 1900.

OBSERVATION 52,

Hôtel-Dieu. Salle St-Landry. P. Michel, cuisinier, âgé de 42 ans, entre le 27 août 1900.

Diagnostic : Tuberculose périnéale.

Il y a trois ans abcès de la marge de l'anus et fistule consécutive. De petits abcès s'ouvrent autour de la fistule puis toute la région périnéale prend l'aspect d'une vaste plaque phlegmoneuse.

Opération le 10 septembre 1900. Ouverture et grattage des abcès, excision du trajet fistuleux, résection d'une partie de la peau ulcérée, suture. Réunion par premier intention Sort complètement guéri le 28 septembre 1900.

OBSERVATION 52.

Hôtel-Dieu. Salle St-Landry. A. peintre en bâtiments, âgé de 35 ans, entre le 6 août 1900.

Diagnostic : Fistule anale à trajet très long et très irrégulier.

Opéré le 17 août 1900. Incision, excision du trajet, suture.

Réunion parfaite par première intention, sort complètement guéri le 3 septembre 1900.

OBSERVATION 54

Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry. V... Paul, représentant de commerce, âgé de 27 ans, entre le 24 septembre 1900.

Diagnostic : Fistule anale sous-cutanéomuqueuse.

(Opéré une première fois en avril 1900, la fistule persiste).

Opéré le 1^{er} octobre 1900. Incision, excision du trajet, on ren-

contre un diverticule qui fait remonter l'excision jusqu'à la rencontre de la graisse ischio-rectale.

Suture au catgut. Pas de fil d'argent. La réunion ne se fait pas. Suppuration, les fils coupent. La réunion se fait par seconde intention en 48 jours.

OBSERVATION 55

Hôtel-Dieu. Salle Saint-Landry. B., Jean. Porteur aux Halles, âgé de 58 ans, entre le 15 octobre 1900.

Diagnostic : fistule anale.

Opéré le 26 octobre. Incision, excision, suture. Le neuvième jour, altération des fils. La cicatrisation n'est pas parfaite le malade ayant été à la selle dans son pansement. Il existe un léger suintement sur une étendue d'un centimètre environ. Le malade sort le 13 novembre, 18 jours après l'opération.

OBSERVATION 56

Hôtel-Dieu. Salle Saint-Landry. F... Henri, cocher, âgé de 36 ans entre le 11 octobre 1900.

Diagnostic : Deux fistules sous-cutanéomuqueuses.

Opéré le 27 octobre 1900. Incision, excision des trajets, sutures. Légère suppuration. La plaie saigne facilement, est douloureuse. La réunion se fait par seconde intention en 45 jours.

OBSERVATION 56

Hôtel-Dieu. Salle Saint-Landry. M... Léonce, comptable, âgé de 35 ans, entre le 26 octobre 1900.

Diagnostic : Fistule anale borgne externe.

Opéré le 24 octobre 1900 Incision, excision, suture. Huit jours après ablation des fils. La cicatrice s'ouvre un peu à la première selle. Pendant quelques jours léger suintement. Sort 12 jours après l'opération.

OBSERVATION 58

Bicêtre. Salle Nélaton. L... Gabriel, corroyeur, âgé de 24 ans entre le 11 janvier 1901.

Diagnostic : Tuberculose périnéale.

A eu une fistule il y a 3 ans, est entré à l'hôpital avec un abcès du creux ischio-rectal droit.

Opéré le 22 janvier 1901. Incision, excision, toilette du creux ischio-rectal aux ciseaux. Suture 29 janvier ablation des fils. La réunion est parfaite. Sort complètement guéri le 16 février 1901.

OBSERVATION 59.

Bicêtre. Salle Nelaton. C. Charles, journalier âgé de 57 ans entre le 30 avril 1901.

Diagnostic : Tuberculose périnéale suppurée.

Opéré le 4 mai 1901. Incision de l'abcès. Excision des clapiers environnants. Suture.

Réunion par première intention. Il y a une légère suppuration à l'un des fils pendant 4 jours.

Sort complètement guéri le 21 mai 1901.

OBSERVATION 60.

Bicêtre. Salle Nelaton L. François journalier, âgé de 57 ans entre le 3 mai 1901.

Diagnostic : Fistule anale tuberculeuse. Borgne externe.

L'orifice cutané est situé à un centimètre et demi environ à droite et en avant de l'orifice anal.

Opéré le 11 mai 1901. Incision, excision du trajet, Suture.

Malgré l'opium, le malade, dès le premier jour va à la selle dans son pansement. Les fils coupent les lèvres de la plaie. La réunion par première intention ne peut être obtenue.

La réunion se fait lentement par seconde intention mais avant qu'elle ne soit totale, le malade sort sur sa demande le 13 juin 1901.

Tableau résumé.

N ^{os}	Noms, Age	Date de l'opération	Opération	Résultats	Durée
1	P... Victorine, 20 ans.	14 janvier 1892.	Incision, grattage, suture.	Réunion par 1 ^{re} intention.	31 jours. +
2	C... Philéas, 44 ans...	8 janvier 1892.	Incision, grattage, suture.	Echec. Réunion par 2 ^e intention.	70 jours.
3	M... Adolphe, 33 ans.	14 janvier 1892.	Réssection du trajet, suture.	Réunion par 1 ^{re} intention.	16 jours.
4	L... Jeanne, 33 ans...	24 février 1892.	Réssection et suture.	»	9 jours.
5	V... Emile, 25 ans...	25 juillet 1892.	Incision des fistules, suture.	»	33 jours.
6	C... Joseph, 23 ans...	16 mars 1892.	Réssection des trajets, suture.	»	14 jours.
7	L... Louis 31 ans...	20 mars 1892.	Excision, suture.	»	14 jours.
8	C... Achille, 42 ans...	20 avril 1892.	Excision et suture.	»	9 jours.
9	S... Pierre, 21 ans...	4 mai 1892.	Excision et suture.	»	12 jours.
10	L... Edouard, 32 ans...	29 avril 1892.	Excision, section du sphincter, suture.	»	17 jours.
11	J... Arthur, 25 ans...	28 avril 1892.	Excision du trajet, suture.	»	12 jours.
12	B... Joseph, 22 ans...	31 août 1892.	Incision, résection, suture.	»	20 jours.
13	L... ..	mars 1893.	Réssection, suture totale.	»	9 jours.
14	M... Marie, 25 ans...	29 juillet 1893.	Réssection, suture complète	»	17 jours.
15	H... Espérance, 29 ans.	22 septembre 1893.	Réssection du trajet, suture totale.	»	14 jours.
16	G... Léon, 35 ans...	19 février 1894.	Excision du trajet, suture.	»	12 jours.
17	A... Prosper, 27 ans...	27 février 1894.	Excision, suture.	»	13 jours.
18	L... Laurent, 27 ans...	22 août 1894.	Excision, suture.	»	14 jours.
19	B... Emile, 44 ans...	2 juin 1894.	Réssection du trajet, suture.	»	23 jours.
20	C... Louis, 43 ans...	2 juin 1894.	Excision, suture, catgut.	»	17 jours.
21	M... Pierre, 22 ans...	24 septembre 1894.	Excis. du trajet, suture, catgut.	»	14 jours.

Tableau résumé (suite).

N ^{os}	Noms. Age	Date de l'opération	Opération	Résultats	Durée
22	P... Henri, 26 ans....	24 septembre 1894.	Excision du trajet suture.	Réunion par 1 ^{re} intention.	21 jours.
23	B... Etienne, 32 ans...	3 février 1895	Extirpation du trajet.	<i>Echec</i> de la réunion.	55 jours
24	D... J.-B., 52 ans....	6 mai 1895.	Extirpation du trajet fistuleux.	<i>Echec</i> de la réunion.	50 jours
25	F... François, 42 ans...	juin 1895.	Incision, grattage.	Réunion par 1 ^{re} intention.	23 jours.
26	M... Emile, 45 ans...	17 juillet 1895.	Incision, excision, suture.	» »	13 jours.
27	G... Louise, 26 ans...	19 août 1895.	Ablation du trajet suture.	» »	14 jours.
28	L... Victor, 55 ans. .	26 août 1895.	Excision, suture, catgut.	» »	20 jours.
29	D... Olivier, 30 ans...	1 ^{er} octobre 1845.	Excision, suture, catgut.	» »	20 jours.
30	B... René, 20 ans....	5 novembre 1895.	Excision du trajet suture.	» »	25 jours.
31	L... Louis, 30 ans....	16 mars 1896.	Cautérisation au thermo-cautère.	<i>Echec</i> de la réunion : cautérisation.	48 jours +
32	T... Albert, 27 ans...	19 septembre 1896.	Grattage, suture, catgut.	Réunion par 1 ^{re} intention.	24 jours.
33	W... Alphonse, 44 ans.	15 juin 1896.	Incision, excision, suture.	» »	14 jours.
34	G... Antoine, 46 ans...	15 juin 1896.	Excision et curettage des trajets	» »	15 jours.
35	M... Pierre, 59 ans...	9 septembre 1896.	Cautérisation au thermo-caut.	<i>Echec</i> de la réunion.	39 jours +
36	C... Charles, 31 ans..	3 novembre 1896.	Extirpation du trajet, suture.	<i>Echec</i> partiel (partie antérieure guérie en 2 mois).	41 jours +
37	D... Barthélemy, 60 ans	16 novembre 1896.	Excision, suture, totale.	Réunion par 1 ^{re} intention.	17 jours.
38	T..., 40 ans.....	10 novembre 1898.	Excision, <i>cautérisation</i> , suture.	Réunion par 2 ^e intention.	42 jours +
39	M... Louis, 16 ans 4 1/2	14 septembre 1898.	Excision, suture, spincter, sectionné deux fois.	Réunion par 1 ^{re} intention.	23 jours.
40	C..., 69 ans.....	4 août 1898.	Extirpation, suture.	» »	24 jours.
41	G..., 30 ans.....	20 septembre 1898.	Incision, extirpation, suture.	» »	10 jours.

Tableau résumé (suite).

N ^{os}	Noms. Age	Date de l'opération	Opération	Résultats	Durée
42	P... Eugène, 34 ans...	13 septembre 1899.	Incision, excision, suture.	Réunion par 1 ^{re} intention.	23 jours.
43	M... Edgard, 21 ans...	13 septembre 1899.	Incision, excision, suture.	»	12 jours.
44	B... Milly, 44	40 novembre 1899.	Résection du trajet. Suture.	»	12 jours.
45	M... Paul, 27 ans...	20 novembre 1899.	Résection du trajet, suture.	»	12 jours.
46	G..... 46	juillet 1900.	Incision, excision, suture.	»	12 jours.
47	C... Marguerite, 21 ans	25 juin 1900.	Résection, suture.	»	18 jours.
48	C... René..... 48	7 juillet 1900.	Résection, suture.	»	12 jours.
49	V... Gustave..... 49	24 juillet 1900.	Résection, suture.	»	13 jours.
50	B... Victorine, 27 ans.	11 août 1900.	Résection, suture difficile par suite de nombreux diverticules.	Demi succès. Partie cutanée réunie, muqueuse non réunie accidents inflammatoires. Contre toute atteinte a bien guéri.	13 jours.
51	G... 36 ans..... 51	17 août 1900.	Résection, suture.	Réunion par 1 ^{re} intention.	35 jours +
52	F... Michel, 42 ans...	40 septembre 1900.	Excision, résection, suture.	»	14 jours.
53	A... 35 ans..... 53	17 août 1900.	Incision, résection, suture.	»	18 jours.
54	V... Paul, 27 ans..... 54	1 ^{re} octobre 1900.	Résection, suture.	»	16 jours.
55	B... Jean, 58 ans..... 55	26 octobre 1900.	Incision, excision, suture.	Réunion par 2 ^e intention.	48 jours +
56	F... Henri, 36 ans...	27 octobre 1900.	Excision, suture.	Réunion par 1 ^{re} intention.	48 jours.
57	M... Léonce, 35 ans...	25 octobre 1900.	Excision, suture.	Réunion par 2 ^e intention.	45 jours +
58	L... Gabriel, 24 ans...	23 janvier 1901.	Excision, suture.	Réunion par 1 ^{re} intention.	12 jours.
59	C... Charles, 57 ans...	4 mai 1901.	Excision, suture.	»	24 jours.
60	L... François, 54 ans...	11 mai 1901.	Excision, suture.	Réunion par 2 ^e intention.	17 jours.
					33 jours +

VALEUR THÉRAPEUTIQUE

Pour pouvoir bien juger de la valeur thérapeutique de la réunion par première intention rapportons-nous au tableau résumé.

Nous voyons que sur les soixante cas de fistules à l'anus traitées par l'excision et la suture suivie de la réunion immédiate, nous avons 49 succès et 11 échecs. Ce qui nous donne 82 0/0 de succès et 11 0/0 échecs.

Cherchons quelles peuvent être les causes de ces onze insuccès.

Nous éliminerons tout d'abord l'observation n° 50 qui est un demi succès. En effet, la muqueuse n'était pas tout à fait réunie, mais la réunion de la partie cutanée était parfaite. Cette désunion partielle de la muqueuse avait pour cause la mauvaise qualité du catgut qui mal préparé avait occasionné une légère suppuration.

La réunion immédiate ne pouvait pas se faire pour le malade de l'observation n° 24 car tout à fait indocile il n'a pas voulu prendre de l'opium et il n'a pu être constipé. Il s'est produit une débacle le jour même de l'opération qui a souillée les fils et infecté la plaie opératoire.

De même pour le malade de l'observation n° 60. Lui, malgré toute sa bonne volonté et tout l'opium absorbé n'a

pu être constipé et a été à la selle dans son pansement dès le premier jour.

Il reste donc, en réalité huit cas d'insuccès réel sur lesquels trois, les n^{os} 23, 54 et 56 sont dus à un très mauvais état général. Les trois malades étaient à une période très avancée de tuberculose pulmonaire.

Les cinq derniers cas d'échec qui nous restent doivent être attribués à une mauvaise technique opératoire. En effet, nous voyons que, pour le n^o 2, l'incision a été suivie de grattage du trajet et non d'excision, et pour les n^{os} 34, 35, 36, 38 d'une cautérisation au thermo cautère. L'insuccès est dû non à l'opération elle-même mais bien à une pratique défectueuse car l'eschare déterminée par le thermo cautère joue le même rôle que les callosités elle empêche la coaptation parfaite des lèvres de la plaie, et par suite la réunion immédiate.

Du reste sur les onze insuccès aucun n'a été préjudiciable aux malades. La réunion s'est faite par seconde intention comme dans toutes les autres méthodes et même nous pourrions dire mieux car la cicatrisation a eu lieu pour ces onze malades en un minimum de trente-trois jours, n^o 60, et un maximum de soixante-dix jours, n^o 2. La moyenne de durée de cicatrisation a été de quarante-quatre à quarante-six jours.

Si nous cherchons, dans les soixante cas présentés qu'elles ont été les complications nous verrons qu'il n'y a jamais eu d'accidents car nous ne pouvons pas considérer comme complications les légers accidents inflammatoires dus à l'infection occasionné par la mauvaise qualité du catgut.

Voyons, d'autre part, quel a été le bénéfice immédiat du traitement chez les quarante-neuf autres opérés.

Le premier résultat obtenu a été la rapidité de la guérison. Au lieu des trois à six mois demandés dans les autres méthodes pour avoir une bonne cicatrisation, la durée moyenne a été de dix à vingt jours. Le séjour à l'hôpital est considérablement diminué et il est d'un intérêt de tout premier ordre de permettre aux malades de reprendre leurs occupations dans le minimum de temps possible.

Quelle a été la durée du séjour à l'hôpital ? Nous avons :

9 jours	3	n ^{os} 4, 8, 13.
10 «	1	n ^o 41.
12 «	8	n ^{os} 9, 11, 16, 43, 44, 45, 46, 57.
13 «	3	n 17, 26, 49.
14 «	8	n ^{os} 6, 7, 15, 18, 21, 27, 31 51.
15 «	1	n ^o 34.
16 «	2	n ^{os} 3, 53.
17 jours	5	n ^{os} 10, 14, 20, 37, 59.
18 «	3	n ^{os} 47, 52, 55.
20 «	4	n ^{os} 12, 28, 29, 47.
21 «	1	n ^o 22.
23 «	4	n ^{os} 19, 25, 39, 42.
24 «	3	n ^{os} 32, 39, 58.
28 «	1	n ^o 30.
31 «	1	n ^o 1.
33 «	1	n ^o 5.

Ainsi donc 8 fois la durée de 12 jours, 8 fois de 14, 4 fois de vingt et 4 fois de 24.

C'est un avantage considérable que la réunion par première intention a sur les divers autres procédés. De plus il n'y a jamais eu de récidives et si nous nous rapportons aux observations 5, 11, 45, 54, nous verrons que les malades avaient déjà été plusieurs fois opérés en pure perte et que ces quatre cas de fistules qui avaient récidivé après cautérisation au thermo-cautère ont complètement guéri par l'excision et la réunion immédiate.

Au point de vue de la valeur thérapeutique de la méthode une question s'impose. Doit-on opérer les tuberculeux ? Je répondrai oui d'abord parce que, ainsi que nous l'avons démontré, 90 0/0 des fistules sont tuberculeuses et qu'ensuite il n'y a aucune raison de ne pas les opérer. Autrefois on croyait que les suppurations étaient un émonctoire salutaire pour les malades. Aujourd'hui au contraire nous savons que les foyers de suppuration les exposent à des dangers permanents. En outre les malades déjà faibles et ayant un état général mauvais doivent faire les frais d'une suppuration qui les épuise petit à petit. Non seulement il n'y a pas d'accidents de généralisation mais au contraire l'état général devient bien meilleur car on les a débarrassés d'une pénible infirmité et d'une source de dénutrition constante. Ils ne sont pas plus exposés avant qu'après l'opération. A part les cas où il s'agit d'un tuberculeux à l'ultime période de la maladie et dont la mort est proche « il faut opérer les tuberculeux » (Le Dentu et Delbet, *Traité de chirurgie* tome 8) et quel que soit l'état du malade on constate après l'opération une amélioration considérable.

« Y a-t-il des contre-indications à la réunion immédiate ?

« C'est possible mais elles sont bien rares. Peut-être
« chez les tuberculeux extrêmement débilités vaudrait-il
« mieux abréger la durée de l'opération. Mais il faut
« remarquer que c'est justement chez ces malades qu'il
« y a le plus d'intérêt à obtenir une guérison rapide et
« complète. C'est donc une affaire d'appréciation délicate.
« En tout cas sans aller jusqu'à soutenir que toutes les
« fistules doivent être suturées je dois dire que j'ai suturé
« toutes celles que j'ai eu à soigner ». (Delbet. Le Dentu
et Delbet. *Traité de chirurgie*).

CONCLUSIONS.

Guérir est bien, mais guérir vite est encore mieux. Tel est le but que se propose la cure des fistules à l'anús par l'excision et la tuture.

De tout ce qui précède, il ressort en toute évidence que le but proposé a été largement atteint car l'excision et la suture ont des avantages considérables que n'ont pas les autres procédés opératoires.

Au lieu des six semaines, des trois et six mois demandés pour avoir une guérison complète, une cicatrisation parfaite, il faut une moyenne d'une vingtaine de jours par conséquent la durée du traitement est considérablement diminuée.

L'excision, suivie de réunion par première intention n'expose jamais à la récídive.

Les complications sont inconnues et les accidents inflammatoires nuls.

La suture assure le rétablissement fonctionnel intégral du sphincter. Elle n'expose donc pas à l'incontinence.

S'il y avait un échec de la réunion immédiate, ce qui tiendrait à une mauvaise technique opératoire la réunion se fait par seconde intention et la plaie cicatrise en 40 ou 50 jours, sans accidents, comme dans les autres procédés opératoires.

90 0/0 des fistules étant tuberculeuses il convient donc de les opérer toutes à moins que l'état trop avancé d'une tuberculose pulmonaire ne soit une contre-indication formelle.

La réunion immédiate a des avantages particuliers chez le pulmonaire. Par suite de la suppression rapide du foyer purulent ils sont débarrassés d'une pénible infirmité, et l'état général devient meilleur.

Si on suit bien, point par point la technique opératoire, les insuccès seront rares. « L'opération est délicate il « est vrai mais les résultats que l'on obtient compensent « largement la peine qu'elle donne.

Vu : le Président de la thèse :

A. LE DENTU

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

